Ueber Hysterie

mit besonderer Berücksichtigung eines Falles von Hysteria gravis mit Zungenkontraktur.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Emil Levy,
cand. med. aus Frankfurt a. M.

München 1898.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Lossen.

Ueber Hysterie

mit besonderer Berücksichtigung eines Falles von Hysteria gravis mit Zungenkontraktur.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Emil Levy,
cand. med. aus Frankfurt a. M.

München 1898.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Lossen.

Referent: **Herr Geheimrat Prof. Dr. v. Ziemssen.**

Meinen Eltern.

Von der Ansicht, dass die Hysterie ausschliesslich eine Krankheit des weiblichen Geschlechtes sei, ist man vollständig abgekommen, nachdem man Erscheinungen an Männern beobachtet hat, die man früher anderen nervösen Affektionen zugeschrieben, oder mit Hypochondrie bezeichnet, die aber unbedingt für Hysterie angesprochen werden mussten. Selbstverständlich ist das weibliche Geschlecht bei weitem bevorzugt und nach einer Statistik von Briquet, der auf 1000 beobachtete Hysterien 50 bei Männern fand, 20mal mehr zur Hysterie disponiert, als das männliche.

Was die nationale Verschiedenheit ihres Auftretens anbelangt, so liegt dieselbe nach der Meinung von Rosenthal im Charakter eines Volkes. Je mehr sich dasselbe durch hochgradige Erregbarkeit und Empfänglichkeit auszeichnet, um so mehr wird dessen zarterer, eindrucksreicher weiblicher Anteil der Hysterie unterthan sein. Daher findet man so viele und schwere Hysterien unter Franzosen und Italienern, deren teilweise schwärmerischen, teilweise heissblütigen und impulsiven Naturen sie betreff dieses Leidens viel mehr gefährdet, als z. B. diejenigen der Deutschen und Slaven, unter denen die Hysterie viel weniger, und wenn sie auftritt, in bedeutend leichteren Formen vorkommt. Auch unter den Ungarn, Polen und Rumänen ist die Hysterie

viel stärker verbreitet, als bei uns zu Lande und man hat die bei letztgenannten Völkern eingebürgerten sozialen Verhältnisse, das frühe Abstreifen des kindlichen Sinnes durch Zulassung der Kleinen zur Gesellschaft der Erwachsenen, die treibhausartige erzeugte Frühreife der Mädchen, die Erhitzung der Phantasie durch Romanlektüre, Theaterscenerien und Bälle, die Förderungen geschlechtlicher Reize etc. dafür beschuldigt. (Rosenthal Möbius.)

Die Heirat ohne gegenseitige Neigung, die Konvenienzheirat, meint Rosenthal, sei mit ein Grund für das häufige Auftreten der Hysterie bei der jüdischen Bevölkerung Polens. Obwohl französische Forscher, wie Gilles de la Tourette, indem er sich auf die grosse internationale Praxis Charcots beruft, behauptet, dass die Hysterie, wie jede andere Nervenkrankheit, in England dieselbe sei, wie in Frankreich, oder in jedem anderen Lande der Welt, so haben sich doch die Ansichten deutscher Forscher dahin geeinigt, dass schwere Hysterien, wie ein derartiger Fall später beschrieben werden soll, bei uns in Deutschland, ebenso in England nicht häufig vorkommen und dieselben meistens auf einige intervallare Symptome beschränkt seien.

Aetiologie.

Nach Charcots Lehre ist das hauptsächlichste aetiologische Moment der Hysterie die Vererbung, speziell die Vererbung von der Mutter auf die Tochter (hérédité similaire von Morel). Nach Briquet soll die Hälfte aller hysterischen Mütter ihre Hysterie auf die Tochter vererben. Aber auch andere nervöse Affektionen der Eltern können in der ersten Generation

Hysterie, in der zweiten wieder anders geartete nervöse Störungen hervorrufen. Ausser der Vererbung spricht Charcot nur noch von Gelegenheitsursachen, welche wir in kurzem, in der Weise, wie sie den Lebenspfad, hauptsächlich eines weiblichen Wesens, kreuzen, verfolgen wollen.

Ungemein disponierende Momente für das Kind liegen in der Erziehung. Ebenso falsch, wie die schlaffe frivole Erziehung, die jedem Eindrucke eine zügellose Herrschaft einräumt, ist die despotische, die jede Willensentäusserung gänzlich unterdrückt. Unvernünftige Anstrengungen der Eltern, das Kind aus seiner Kindlichkeit herauszubringen, eine gewisse Unterstützung seiner Altklugheit, die Ueberbürdung des noch unentwickelten kindlichen Gehirns durch die frühzeitige Erlernung fremder Sprachen hat eine nicht zu leugnende Schwächung seines Nervensystems zur Folge. Auch die Schuljahre mit den relativ grossen Anforderungen, die in denselben an die Leistungsfähigkeit eines sich entwickelnden Mädchens gestellt werden, das gleichzeitige stundenlange Verweilen in schlechter Luft begünstigen ebenfalls den Ausbruch einer vielleicht schon vererbten Hysterie ungemein. Daher findet man nach Beobachtungen von älteren Aerzten, wie Willis, Hofmann, Lepois, ganz besonders aber nach denen von Charcot und Briquet, der bei 87 Kindern zwischen 5—12 Jahren hysterische Erscheinungen festgestellt hat, die Hysterie im Kindesalter gar nicht so selten und sind gerade von den genannten Forschern sehr schwere Fälle derart beschrieben worden.

Gelangt nun das junge Mädchen in die Zeit der Pubertät mit ihrer stürmischen Einwirkung auf die Ge-

samtkonstitution des Körpers, so ist es diese wieder, welche das Auftreten einer Hysterie begünstigt, dabei sind es nach Rosenthal nicht die Menses als solche, sondern nur die patholog. Formen, wie Dysmenorrhoe und Metrorrhagien. Mehr als die Hälfte der Erkrankungen an Hysterie fallen nach Briquet in die Zeit vom 12. bis 20. Jahre, nur ein Drittel zwischen 15. und 20. Jahre. Im Orient fällt ein Fünftel sogar auf die Kinderjahre, weil daselbst meistens die Menstruation im ersten Jahrzent eintritt. Das gleichzeitige Auftreten von Anämie und Chlorose, sowie die Befriedigung des aufflackernden Geschlechtstriebes durch Onanie macht die genannte Gefahr nur noch drohender.

Von psychischen Läsionen, die das junge Mädchen gerade in dieser Zeit empfängt, wäre vor allem die Ueberreizung seiner Phantasie durch sehr schlechte Lektüre, durch allzuhäufigen Besuch des Theaters, durch Bälle etc. anzuführen, ein Umstand, der das häufigere Auftreten der Hysterie in der Stadt, im Gegensatz zum Lande, und besonders in den besseren Ständen erklären könnte. Als besonders gefährliche psychische Läsionen bezeichnet Jolly Liebeskummer, Eifersucht, Gedanken eines verfehlten Lebenszweckes, empfindliche Kränkungen und Verletzungen des Ehrgefühls. In den ärmeren Klassen macht gerade die Art der Beschäftigung, wie ungemein anstrengende Arbeit, sogar öfters Nachtarbeit, in schlechter Luft bei schlechter Ernährung, verbunden mit Sorgen um das tägliche Brod, sehr empfänglich für Hysterie.

Von Momenten, welche nach der Verheiratung zur Hysterie disponieren, wären schnell aufeinander folgende Schwangerschaften, wiederholte Fehlgeburten,

Blutverluste bei Entbindungen mit sekundären anämischen Zuständen, Lactationen, Puerperien anzuführen. Scanzoni betont mehrere Puerperien, er gibt an, dass von 217 Hysterischen, die er behandelte, 165 oder 75% Puerperien durchgemacht und dass von diesen letzteren nicht weniger als 65% mehr als dreimal geboren hatten.

Wenn es auch absolut unrichtig ist, wie man früher gethan hat, die Hysterie ausschliesslich von mangelnder geschlechtlicher Befriedigung abzuleiten und alle hysterischen Frauen für mannsüchtig und nymphomanisch zu halten, so ist doch nicht zu verkennen, dass öfters Nichtbefriedigung des Geschlechtstriebes oder geschlechtliche Enthaltung, wie sie hauptsächlich bei Wittwen vorkommt (Jolly) zur Ursache einer Hysterie werden können, ebenso wie das Gegenteil die geschlechtliche Ueberreizung oder gar geschlechtliche Abnormitäten. Valenta hat infolge des Coitus reservatus, d. h. des, zur Verhütung der Conception, vor der Vollendung abgebrochenen Coitus, öfters Hysterie auftreten sehen. Ebenso beobachtete er sie nach konstantem Gebrauch von allen möglichen Kautelen, die eine Conception verhindern solten.

Rosenthal beobachtete zweimal lange Zeit andauernde Pollutionen bei jungen Mädchen, die eine sehr schwere Hysterie im Gefolge hatten, welche nach Beseitigung des Grundübels langsam wieder abnahm.

Zum Schlusse dieses Kapitels möchte ich noch auf einige Krankkeiten hinweisen, in deren Gefolge man öfters Hysterien sich entwickeln sah; das wären schwere Typhen, Phthisis, chronische Magen- und Unterleibs-

leiden und vor allem Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane.

Pathologische Anatomie.

Die Pathogenese der Hysterie hat man früher, wie ja auch schon aus dem Namen hervorgeht, ausschliesslich in die weiblichen Geschlechtsorgane verlegt und zwar wurden für örtliche Erkrankungen der Sexualorgane bei der Hysterie, Lageveränderungen der Gebärmutter (Tiefstand, Flexionen oder Versionen) mangelhafte Entwicklung des Uterus und Amenorrhoe, chronische Infarkte, Geschwüre am Muttermund, seltener Neugebilde (Fibroide, Carcinome) und Krankheiten der Ovarien und Tuben angeführt.

Eine Statistik von Scanzoni, der unter 1724 mit Genitalleiden behafteten Frauen 1328 Fälle von Hysterie (demnach 77%) konstatierte, womit auch die Erfahrungen von Landouzy und Amann übereinstimmen, liessen diese Annahme gar nicht unberechtigt erscheinen. Ihnen stehen jedoch gegenüber Statistiken, hauptsächlich von Briquet, sowie von Bernutz,[1]) der unter 32 Fällen von Hysterie, in 19 Fällen keine Abnormität im Genitalsystem finden konnte, sowie Berichte von Grisolle[2]) ebenso Castiaux,[3]) die in zwei Fällen bei exquisit hysterischen Personen angeborenen Mangel der Vagina und des Uterus fanden, ebenso ein in der „Union“ beschriebener Fall von Hysterie bei einem Weibe ohne Uterus.

Haben diese kontrastierenden Statistiken und Be-

[1]) Gaz. des hôpit. Février 1874.
[2]) Gaz. des hôpit Nr. 18, 1853.
[3]) Gaz. des hôpit 1873.

richte besagte Annahme bereits sehr wankend gemacht, so hat die Thatsache, dass man auch beim Manne Hysterie festgestellt hat, dieselbe völlig verwerfen lassen und man sieht jetzt in diesen Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane einerseits ein zufälliges Zusammentreffen mit der Hysterie, anderseits, wie bereits schon angeführt, disponierende Momente, die zu ihrer Entwicklung beigetragen, keinesfalls aber ihren Ursprung.

Dass sich aber trotzdem, um die Ergründung der Hysterie sehr verdienstvolle Männer, wie ganz besonders Charcot, in gewisser Beziehung immer noch nicht völlig von dieser alten Auffassung frei machen können, beweist ein Ausspruch Charcots, den ich dem Wortlaut analog wiedergeben will. Charcot sagt: „Ich bin kein Anhänger der alten Lehre, welche den Ausgangspunkt für die ganze Hysterie in die Geschlechtsorgane verlegt, aber ich glaube mit Schützenberger, dass bei einer gewissen Form von Hysterie, welche ich die Ovariale nennen will, der Eierstock eine wichtige Rolle spielt.“

Allgemein hält man heute die Hysterie für eine Erkrankung des Nervensystems. Welcher Art aber diese Erkrankung sei, darüber ergeht man sich, da man abgesehen von zwei Fällen,[1]) welche berichtet werden,

[1]) Lancisi, in Morgagni, Adversaria anat. pag. 187. Pluries animadvertimur in hystericis, quae post diros convulsivos motus tonica brachii vel cruris convulsione diu venatae, tandem diemsuum obierunt, gangliis partibus affectis respondentia ampliora reddi, hydaditibusque obsessa.

2. Charcot, (Gazette hebdom Nr. 7, 1865) welcher bei einer Frau, die 14 Jahre hysterisch war und 9 Jahre eine Contractur besass, eine Sclerose der Seitenstränge konstatierte.

trotz eifrigen Bemühens eine pathologisch-anatomische Grundlage leider noch nicht gefunden, in Spekulationen, die ja gewiss jede einzelne etwas für sich hat, jedoch keineswegs als Erklärung aufgefasst werden kann.

Ebenso veraltet, wie die Anschauung, die den Sitz der Hysterie in den Uterus verlegt, oder doch von der Geschlechtssphäre alle Symptome abzuleiten versucht, wie es Romberg gethan hat, der in der Hysterie eine Reizung des Uterinsystems sieht, welche mittelst der sensiblen oder, wenn man den Ausdruck vorzieht, centripetalen Nerven auf das Rückenmark fortgeleitet wird und eine periodisch zu- und abnehmende Steigerung seiner Reflexerregbarkeit bedingt, ist die Ansicht Rosenthals, der einen grossen Teil der hysterischen Erscheinungen auf Rechnung der angeborenen oder erworbenen geringen Widerstandsfähigkeit des vasomotorischen Nervensystems setzt.

Anders sind die Ansichten von Arndt und Jolly, welche sich sehr entgegenkommen, denn sie verlegen beide den Schwerpunkt aller hysterischen Erscheinungen auf eine gesteigerte Erregbarkeit des Nervensystems, deren Reflexaktionen nach Arndt hauptsächlich die motorische und secretorische Sphäre betreffen.

Aehnlich, wenn auch nicht vollständig analog, ist die Auffassung von Oppenheim. Nach ihm ist die Grunderscheinung der Hysterie eine reizbare Schwäche, d. h. abnorme Reizbarkeit und Erschöpfbarkeit des Nervensystems, die ihre Reflexaktion hauptsächlich, wenn auch nicht ausschliesslich, der affektiven Sphäre zuwendet. Er hält die Krankheitssymptome für ideogener Natur, d. h. durch Vorstellungen vermittelt, eine Ansicht, die Charcot und Möbius, letzterer in ver-

stärkterem Masse, mit ihm teilt. Für diese Auffassung möchte auch ein Fall in der med. klin. Wochenschrift Nr. 31 sprechen, in welcher Dr. Pierre Janet eine Hysterica beschreibt, deren Beine in Extensionsstellung contracturiert waren, und bei der man herausgefunden hat, dass sie öfters ekstatische Zustände mit spezifisch religiösen Vorstellungen hat, in welchen sie die Stellung der heiligen Jungfrau bei der Assumption einnimmt. Nach einem heftigen Anfall sollen sich die ersten Schmerzen in den Beinen und daran besagte Contractur angeschlossen haben. Diese Contractur nennt Janet psychogen, sie ist nach seiner Ansicht systematisiert.

Stellt man aber die Frage, worauf beruht nun die von verschiedenen Forschern angeführte gesteigerte Erregbarkeit des Nervensystems, so ist dieselbe sehr schwer, man könnte wohl sagen, gar nicht zu beantworten. Denn Erkrankungen, wie Anämie, Chlorose, mangelhafte Ernährung, welche nachgewiesener Weise öfters eine Erregbarkeit des Nervensystems veranlassen, aber auch oft bei ausgesprochener Hysterie vorgefunden werden, müssen als Krankheiten sui generis aufgefasst und können nicht in den Begriff Hysterie aufgenommen werden. „Es gehört eben hergekommener Weise zum Begriffe Hysterie, dass keine nachweisbaren Ursachen für sie im Nervensystem aufgefunden werden, und man nimmt daher, wie seiner Zeit Sydenham, noch heute an, dass Hysterie nur da vorliege, wo keine andere bestimmte Krankheit, trotz aller genauer Untersuchung, nachgewiesen werden könne.“ (Arndt.) Sehr einleuchtend erscheint daher die Ansicht Arndts, dass der Begriff Hysterie, quasi nur ein Verlegenheitsausdruck ist, und dass, je mehr man Einblick erhalten in das Gebiet

der Nervenkrankheiten und ihre Symptome kennen gelernt hat, der Begriff Hysterie eingeengt wird und schliesslich in eine Reihe anderer, bis jetzt noch unbekannter Krankheiten, zerfallen wird.

Will man aber an dem Begriffe Hysterie festhalten, d. h. an einer gesteigerten Erregbarkeit des Nervensystems, so nimmt Arndt, da man von allen organischen Schädigungen, welche eine Erregbarkeit des Nervensystems veranlassen, abstrahieren muss, eine Erhöhung der molekularen oder atomistischen Thätigkeit der Elemente des Nervensystems an, welche sich in einer anormalen Funktion desselben geltend macht. Der bereits angeführte Fall von Charcot, dass an vorausgegangene Hysterie sich eine Sklerose der Pyramidenseitenstrangbahnen angeschlossen, spräche, nach seiner Ansicht, sehr für diese Annahme.

Auch Oppenheim geht von einer Molekulartheorie aus und spricht von einer erhöhten Labilität, einer verminderten inneren Reibung der Moleküle, welche die mikroskopisch nicht nachweisbaren Veränderungen des Nervensystems bedingen. In der hysterischen Lähmung sieht er ein molekulares Hindernis, eine molekulare Umlagerung beim Uebergreifen des Willens auf die motorische Sphäre.

Symptome.

Damit kämen wir nun auf die Symptome dieser Krankheit zu sprechen. Bevor wir jedoch auf eine genauere Besprechung derselben eingehen, wollen wir eine Beschreibung eines Falles vorausgehen lassen, welcher in der Klinik des Herrn Geheimrat von Ziemssen während 6 Jahren beobachtet wurde und den ich selbst, während

2 Jahren, teils in klinischen Vorstellungen, teils im Krankensaale zu beobachten Gelegenheit hatte. Ich glaube, dass gerade dieser Fall ungemein geeignet ist, die allmähliche Entwicklung einer schweren Hysterie klar zu machen und lasse nun einen Auszug aus den mir zu Gebote stehenden Krankengeschichten folgen:

I. Stadium.

Hysteria gravis (Flektionskontraktur der Beine. Abasia). Krankenhausaufenthalt vom 7. Juni bis 22. Aug. 1892.

Anamnese: Marie W., 20 Jahre, Müllerstochter. Patientin kommt nach ihrer Angabe aus einer gesunden Familie, in der niemand mit einem, dem ihren ähnlichen Leiden behaftet ist. Sie will in ihrer Jugend öfters die sogenannten „Frieseln“ gehabt haben, auch glaubt sie einmal an Scharlach erkrankt gewesen zu sein, kann dies aber nicht mit aller Bestimmtheit angeben. Seit ihrer Kindheit besteht, nach ihrer Angabe, bei ihr ein Kopfausschlag, der auch zur Zeit noch auf dem Hinterkopf zu bemerken ist. Von akuten anderen Krankheiten blieb sie verschont. Sie war jedoch von jeher sehr schwächlich und im Wachstum zurückgeblieben, was sie besonders bei ihrem Eintritt in die Schule im Vergleich mit ihren Altersgenossinnen bemerkte. Was die Fähigkeiten des Geistes anlangte, stand sie, nach ihrer Angabe, nie hinter den übrigen zurück. Stets sehr leicht reizbar, war sie im Stande, über unbedeutende vermeintliche Kränkungen stundenlang sich zu ärgern. Wurde sie besonders stark gereizt, so bekam sie Anfälle, bei denen sie in vollständig gestrecktem Zustand mit steinharten Muskeln bewusstlos zu Boden lag, das Gesicht blaurot und den Mund fest verbissen, so dass niemand im Stande war, ihn zu öffnen. Wurde sie nach solchen Anfällen, die 5—15 Minuten dauerten, durch Waschen mit Essig oder ähnlichem zum Bewusstsein zurückgebracht, so war sie meistens vollständig matt und weinte lange. Den letzten derartigen Anfall will sie im 15. Jahre gehabt haben.

In diesem Lebensjahre wurde sie von einer Kuh auf das rechte Bein getreten. Die dadurch entstandene Entzündung und deren Behandlung (Incision und Drainage) fesselten sie ungefähr $^1/_2$ Jahr an das Bett. Bei der zur Ausführung der Incision notwendigen Narkose, will sie sehr schwer eingeschlafen sein und zum erstenmale Zuckungen, die den jetzigen Krämpfen ähnlich sind, gehabt haben. Nach erfolgter Heilung der Wunde war Pat. 5—6 Wochen anscheinend gesund. Nach dieser Zeit fiel sie plötzlich, als sie schwere Milcheimer vom Keller emportragen sollte, zusammen und bekam heftige Beugekrämpfe in den Händen und Armen, so dass sich die Fingernägel ins Fleisch eingruben. Diese Stellung behielten dieselben 2 Tage bei, bis sie von dem zugezogenen Arzte unter Beihilfe des Farad.-Stromes gestreckt wurden. Da sie sich immer wieder beugten, wurde diese Behandlung fortgesetzt. Nach 14 Tagen fingen auch die beiden Beine an, sich an diesen Beugekrämpfen zu beteiligen. 5—6 Wochen nach dem Beginn der Fingerkrämpfe trat zum ersten Male Weinkrampf, verbunden mit starken Zuckungen und Bewusstlosigkeit auf, die dann immer wiederkehrten und oft einen ganzen Tag über bestanden. Diese Anfälle bestehen zur Zeit noch, dieselben waren im Sommer stets weniger und nehmen im Winter wieder an Häufigkeit zu. Im Sommer 1890 will sie, wie sie im Laufe der Exploration noch angibt, Gehirnentzündung gehabt haben. Damals soll auch 14 Tage lang Bluthusten bestanden haben und die heute noch bestehenden Atembeschwerden damals ihren Anfang genommen haben. Des weiteren hatte sie im Juli 1889 zum ersten Male Blutbrechen aus dem Magen und danach Erbrechen bis November dieses Jahres (1892). Magenspülung brachten diesen Zustand zur Heilung. Zugleich sollen auch bedeutende Gebärmutterblutungen bestanden haben. Im April 1890 will sie das zweite Mal Blutbrechen gehabt haben und seit dieser Zeit soll nach jeder Mahlzeit erfolgendes Erbrechen bestehen. Die eben geschilderten Krämpfe, die faradische Behandlung veranlassten, nahmen im Laufe der Jahre, trotz fortgesetzter Behandlung stets zu, bis sie zur heutigen Form führten. Der Rumpf soll ziemlich von Anfang an mitbeteiligt

sein. Die Periode, die das erste Mal mit 15 Jahren, kurz vor Beginn der jetzigen Erkrankung auftrat, war im Anfang und auch jetzt noch stets stark, stets mit Schmerzen auf der linken Seite des Leibes verbunden. Dieselbe bleibt oft 9—14 Wochen aus. Einen besonderen, stets gleichen Einfluss derselben auf ihren Zustand will Pat. nicht bemerkt haben. Appetit sehr wechselnd, Schlaf vor Mitternacht fast nie vorhanden, oft durch nervöse Zuckungen gestört. In der von Anfällen freien Zeit, besteht angeblich Kopfschmerz im Vorder- und Hinterkopf. Incontinentia urinae mässigen Grades. Die Angaben der Patientin sind alle klar und verständig. Sie macht überhaupt im Gespräch den Eindruck einer ganz intelligenten, sehr gutmütigen Person.

9. VI. (klinische Vorstellung). Beugekontraktur der Beine, langsame tetanische Krämpfe der Arme, Zwerchfellscloni, mimische krampfhafte Bewegungen mit dem Ausdruck des Zornes der Angst, Zwangsstellung der Bulbi, nach passiver Lösung der Beinkontraktur, tetanische Streckungen des ganzen Körpers mit leichtem Opisthotonus.

10. VI. (klinische Vorstellung). Die Beugekontraktur der Beine (Stellung des Kauerns) lässt sich unschwer lösen, tritt aber sehr bald wieder auf; nach dem Strecken der Beine tritt wieder ein Anfall auf, der in kurzdauernden Konvulsionen, plastischen Attituden, Opisthotonus, mimischen Krämpfen etc. besteht.

10. VI. (Krankensaal). Gestern 5 Anfälle, während des 4. ein kaltes Bad. Das linke Hypogastrium ist druckempfindlich. Nach Lösung der Kontraktur, beim Versuch zu gehen, werden die Beine wenig bewegt. Pat. sinkt in die Kniee. Die Kontraktur tritt bald wieder ein. Wenig E. im Harn.

11., 12., 13., 14. VI. Täglich mehrere Anfälle. Kalte Bäder.

17. VI. Nachts ein leichter Anfall, die Respiration ist andauernd sehr frequent. Die Kontraktion kann nicht unschwer beseitigt werden, es wird versucht durch zeitliches Zureden, Beseitigung derselben auf eine Stunde lang zu erreichen.

18. VI. Um die bestehenden hochgradigen Kon-

trakturen auszugleichen, wurde Behandlung der unteren Extremität mit Franklinisation eingeschlagen; dieselbe war erfolglos. Selbst stärkere Funken vermochten keinen besonderen Eindruck auf sie zu machen. Durch gütiges Zureden konnte die Kontraktur ausgeglichen und Pat. zu Gehbewegungen veranlasst werden, welche anfangs nur mit beiderseitiger Unterstützung und sehr mangelhaft ausgeführt werden konnten, später aber sich soweit besserten, dass Pat., nur an einer Hand geführt, grosse Strecken zurücklegen konnte.

20. VI. Beide Beine seit 2 Tagen fixiert. Wenn Pat. allein ist, ist die Respiration normal.

21. VI. In der letzten Nacht, als die Unterextremitäten nicht durch Schienen in horizontaler Lage fixiert waren, traten die Beugekontrakturen wieder in früherer Intensität auf. Nach Ausgleich, Gehversuche mit kleinen Schritten und unter tänzelnden Bewegungen. Während des Gehens tritt nicht mehr, wie ursprünglich, Kontraktur der Zehen ein. Die Respirationsfrequenz ist bei Gegenwart des Arztes stets bedeutend erhöht 96—116, wenn sich Pat. unbemerkt glaubt, dagegen normal. Der Gesichtsausdruck ist noch der frühere heitere läppische. Hysterogene Zonen an keiner Gegend des Rumpfes nachzuweisen, nur besteht leichte linksseitige Ovarie. Rechte Körperhälfte ist vollständig anästhetisch, auf der linken Seite wird Darüberfahren über die Haut gar nicht gefühlt, erst leichte Nadelstiche werden signalisiert. Urina spastica kann in den letzten Tagen nicht beobachtet werden.

22. VI. Pat. fängt an allein zu stehen, die tänzelnden Bewegungen beim Gehen lassen nach, die Körperhaltung ist besser. Eine vorgenommene Hypnose gelingt rasch innerhalb weniger Minuten. In der Hypnose konnten kataleptische Erscheinungen, Suggestion und Somnambulismus erzielt werden; so konnte der Arm mit erhobenem Zeigefinger, in steifer Haltung längere Zeit fixiert gehalten, ferner konnte Pat. suggeriert werden, dass eine Fliege auf ihrer Nase sitze, welche sie sofort zu entfernen suchte, endlich wurde Pat., nebst anderem suggeriert, dass sie ihre Frühstückssemmel nicht vor der ärztlichen Visite essen, vielmehr nach

Eintritt des Arztes in den Saal laut zu rufen habe: „Ich freue mich, Herr Dr., dass ich jetzt meine Frühstückssemmel essen darf.“ Ausserdem wurde Pat. suggeriert, dass sie von jetzt an frei gehen kann.

23. VI. Das Experiment mit der Semmel gelang vollständig, auch kann Pat. ohne Unterstützung gehen. Allgemeinbefinden befriedigend.

25. VI. Wieder eine Hypnose vorgenommen und zwar kann dieselbe durch einfaches Suggerieren in viel kürzerer Zeit, als zum ersten Male wieder erreicht werden. In der Hypnose wird der Pat. suggeriert, dass sie erstens nach dem Erwachen sich vollständig wohl und durch den Schlaf gekräftigt fühle und ebenso rasch wie in gesunden Tagen gehen könne,

2. dass sie bei der Morgenvisite als genesen sich dem Herrn Geheimrat zu melden habe, 3. am Montag, wenn sie zur klinischen Visite gerufen würde, unter Verneigung zuerst den Herrn Geheimrat, dann die Herren der Klinik zu begrüssen, hierauf an die Tafel zu schreiben habe, ich heisse Anna Meyer (dieser Name wurde Pat. in Hypose suggeriert).

27. VI. (Klinische Vorstellung). Pat. führt die ihr in Hypnose am 25. VI. erteilten Befehle prompt aus, sie verfällt auch sehr leicht wieder in Hypnose.

1. VII. Beim Gehen schleift der rechte Fuss nach. Der Händedruck ist kraftlos. Im Gesicht ist keine Parese nachweisbar. Bei Nacht treten hie und da noch leichte Beugekontrakturen auf, doch vermag Pat. beim Erwachen die Beine selbständig zu strecken.

5. XII. Die Anaesthesie R. erstreckt sich auf die ganze sensorielle Sphäre. Die Anaesthesie kann durch Transfertwirkung innerhalb weniger Sekunden auf die L. Seite verlegt werden. Als wirksame Metalle wurden bisher Silber und Gold gefunden.

Ohrbefund.

Das Trommelfell rechts zeigt eine scharf ausgesprochene circumscripte Trübung im hinteren oberen Quadranten. Reflex vorkanden. L. Trommelfell normal, dreieckiger Reflex nicht vorhanden. Flüstersprache L. 3 m, R. Flüstersprache nicht gehört, Konversations-

sprache 60 cm. Durch Transfert wird die Hörweite rechts auf 80 cm für Flüstersprache gebracht. L. ist während derselben die Hörweite auf 1 m für Flüstersprache herabgesetzt. Galtonpfeifchen anfangs rechts nicht gehört, später gehört, beim Herübergehen auf auris sinistra, wird dasselbe nicht gehört. Stimmgabel á zuerst von L. Warzenfortsatze ins L. Ohr gehört, von sämtlichen übrigen Stellen des Kopfes nicht. Beim Aufsetzen auf den linken oberen Schneidezahn, wird die Stimmgabel ins linke Ohr gehört, ebenso vom R. 2. oberen Schneidezahn.

8. VII. Transfert bald ermöglicht, bald nicht. Pat. gibt an, dass mit einer stählernen Stricknadel die Arbeit besser gehe, auch fühle sie dabei mehr Kraft in der rechten Hand, als wenn sie mit einer beinernen arbeite.

12. VII. Auffallende Druckempfindlichkeit des L. Ovarium wurde konstatiert. In Hypnose wurde Pat. suggeriert, dass sie von nun an wieder in normaler Weise gehen könne, das rechte Bein beim Gehen nicht mehr nachschleife, die Anaesthesie rechts verschwinde. Auch wurde Pat. verschiedene Aufträge erteilt, welche sie in exakter Weise zur Ausführung bringt. Nach dem Erwachen aus dem hypnotischen Schlaf ist weder in Bezug auf Motilität, noch auf Sensibilität eine wesentliche Besserung ersichtlich. In der folgenden Nacht mehrfaches Erbrechen. Beginn der Menses.

13. VII. Ganz plötzlich 3 hysterische Anfälle mit typischen Opisthotonus.

14. VII. Nachts und morgens treten wieder mehrere hysterische Anfälle mit Opisthotonus auf.

(Abends.) Im Laufe des Tages treten noch mehrere Anfälle in steigender Intensität auf, es kommt zur Entwicklung eines vollständigen Charcot'schen Bogens (doch beisst Pat. nicht.) Infolge dessen wird Pat. in ein grosses Bett mit gepolsterten Wänden gebracht, worauf sich Pat. sofort beruhigt und ganz heiter beschäftigt.

21. VII. (nachmittags). Bei der heutigen Frühvisite gab man seiner Unzufriedenheit Ausdruck, wegen des Ganges, auch wird Pat. Faulheits und Widerwillens halber beschuldigt. Darüber ärgert sich Pat. und bei der Nach-

mittagsvisite findet man sie in einem schlafartigen Zustand mit Zwangsstellung der Bulbi nach innen, Fragen werden nicht beantwortet, auf Anblasen erwacht sie, setzt sich auf, wischt die Augen und klagt über Kopfschmerz. Während des Schlafes waren leichte tonische Krämpfe der Arme mit Drehung wahrnehmbar.

27. VII. Es wird versucht, Transfert durch Einatmung von Amyluitrit hervorzurufen. Die Einatmung dauert, bis heftiges Hitzegefühl und Schmerz im Kopfe eintritt; der Puls ist während dieser Zeit von 104 auf 144 gestiegen. Der Transfert ist weder jetzt, noch während der unmittelbar auf die Einatmung folgenden $^1/_2$ Stunde, zu stande gekommen, dagegen erfolgte in dieser Zeit 2mal Erbrechen.

6. VIII. Von morgens 3 Uhr—$^1/_2$10 typ. Anfall. Eintreten der Menses.

19. VIII. Pat. hatte heute früh zwischen 5 und 6 Uhr einen Anfall, der ca. $^1/_2$ Stunde dauerte. Krämpfe während des Schlafes wieder intensiver. Pat. spricht sich dahin aus, dass ihr die in diesen Tagen herrschende Hitze geschadet habe, respektive noch schade.

22. VIII. Heute früh $^3/_4$7 Uhr wieder ein Anfall, der circa $^1/_2$ Stunde dauerte. Im Verlauf des Morgens mehrere weitere, jedoch von bedeutend kürzerer Dauer (circa 2 Minuten). Respiration nach einem Anfall, überhaupt im Verlauf des Morgens und Vormittags sehr gesteigert, 58—64 in der Minute.

23. VIII. Ausgetreten.

II. Stadium.

Hysteria gravis mit nahezu totalen kutaner Anästhesie und rechtsseitiger sensorieller Anästhesie.

Krankenhausaufenthalt vom 17. August bis 25. November 1894.

Anamnese: Pat. hatte im Juni eine Bauchfellentzündung gehabt, die sie 5 Wochen ans Bett fesselte. (sonst Anamnese wie 1892).

Status praesens:

Lunge, Herz, Leber, Milz, Nieren ohne abnormen Befund. Abdomen in toto, hauptsächlich aber im Epigastrium meteoristisch stark aufgetrieben, überall über

dem ganzen Abdomen tymp. Schall, in der linken Hälfte, besonders im Meso- und Hypogastrium gedämpft tymp., daselbst mässig starke Resistenz und Druckempfindlichkeit.

Vaginaluntersuchung: Uterus von normaler Lage, beweglich, bei Dislokationsversuchen mässige Schmerzhaftigkeit, Ovarien nicht zu fühlen, ein Tumor nicht nachweisbar. Sensorium vollständig frei. Normales Vorstellungsvermögen. Willensvermögen erheblich reduziert. Gemütsstimmung auffallend labil, Neigung zur Heiterkeit vorherrschend. Kopfbildung normal, kein Schmerz beim Beklopfen des Kopfes. Beweglichkeit der Lider und Bulbi normal. Pupillen mittelweit, gleichweit, auf Lichtreiz gut reagierend.

Sehschärfe: Auf dem rechten Auge besteht Amblyopie, auf dem linken Auge normal. Rechts werden alle Farben als grau angegeben, links besteht Dyschromatopsie. Beweglichkeit im Stirn- und Gesichtsteil des Facialis gut. In beiden Gesichtshälften vollständige Anästhesie für alle Empfindungsqualitäten. Rechts ist das Gehörsvermögen aufgehoben, links für laute und Flüstersprache herabgesetzt. Rechts Geruchsvermögen aufgehoben, links erheblich herabgesetzt. Geschmacksvermögen rechts aufgehoben, links herabgesetzt, die einzelnen Nuancen können nicht unterschieden werden. Beweglichkeit der Kiefer und Kaumuskeln normal, ebenso die der Zunge und des weichen Gaumens. Leichter Grad von Struma. Nackenmuskeln normal beweglich, keine Druckempfindlichkeit der Halswirbel, in der Brustwirbelsäule einzelne processi spinosi druckempfindlich. Einfache Berührungen werden auf der rechten Körperhälfte nicht gefühlt, auf der linken nur im Bereich des Abdomens. Schmerzempfindung rechts vollständig erloschen, links ebenfalls erloschen, nur im Bereich des Abdomen erhalten, auch in der linken Abdominalgegend wird warm appliciertes Wasser nicht empfunden. Gefühl für passive Bewegungen vollkommen aufgehoben, sowohl für die oberen, wie unteren Extremitäten. Vorstellung für die Lagerung der Glieder besteht nicht. — Fusssohlenreflex rechts aufgehoben, links in geringem Grade erhalten. Bauchreflex beider-

seits, links stärker, als rechts erhalten. Sehnenreflexe an den Ober- und Unterextremitäten normal. Patellarreflexe gegen die Norm leicht verstärkt, auch der Achillessehnenreflex erhalten, Fussclonus jedoch nicht auslösbar. Aktive Beweglichkeit in den Oberextremitäten normal, in den Unterextremitäten herabgesetzt, dieselben können nur kurze Zeit in sitzender Lage gehalten werden. Bei der Aufforderung mit dem Zeigefinger nach der Nasenspitze zu greifen, sucht Pat., sowohl mit dem rechten, wie linken Zeigefinger längere Zeit herum. Bei der Aufforderung, mit der Ferse die grosse Zehe oder das Kniegelenk der anderen Extremität zu berühren, gelingt es erst nach einigem Herumfahren. Passive Beweglichkeit normal, ebenso das trophische Verhalten der Muskeln. Gang: Bei der Aufforderung zu gehen, macht Pat. mit den Oberextremitäten balancierende Bewegungen, um nicht zu fallen, sie macht kleine Schritte bei gespreizten Beinen, stellt die Füsse laut klatschend auf den Boden, vermag aber bei ein- oder doppelseitiger Unterstützung ziemlich rasch zu gehen. Beim Gehen setzt sie stets das linke Bein voraus (galoppartige Bewegung). Bei der Aufforderung, die Beine zu schliessen, kommt Pat. der Aufforderung nach, macht aber tänzelnde Bewegungen, bei Lidschluss fällt sie fofort zu Boden. Vasomot. und troph. Störungen: Uebermässige Schweisssekretion, Füsse kalt. Störungen hinsichtlich der Schrift und Sprache sind nicht zu eruieren.

9. XI. Ohrbefund.

Bei Berührung des knöchernen Gehörganges links, wird eine leichte Zuckung bemerkt, bei nachfolgenden weiteren Berührungen, keine Zuckung mehr, ebenso bei Berührung des rechtseitigen knöchernen Gehörganges. Rechts werden geschriene Zahlen, bei scheinbarem Verschlusse des linken Ohres, nicht gehört. Links Hörweite für Flüstersprache 1 m.

19. XI. Conjunctivae und Sclerae vollständig unempfindlich. Beim Versuch des Romberg'schen Phänomen, fällt Pat. plötzlich mit grosser Gewalt nach rückwärts.

25. XI. Beim Einstecken von Wattepfröpfe ins Ohr, schläft Pat., wie mehrfache Versuche ergeben haben,

prompt schon nach einigen Sekunden ein. Der Schlaf dauert solange (eventuell stundenlang), bis die Wattepfröpfe aus dem Ohr wieder entfernt werden. Das Erwachen ist ein schreckhaftes, Pat. fährt zusammen, blickt wild nach rückwärts, als ob sie von dort verfolgt würde. Abends Temperatursteigerungen vorhanden. Das kindische und läppische Wesen der Pat. ist in der letzten Zeit noch deutlicher hervorgetreten. Sie rutscht häufig singend auf dem Boden des Krankensaales herum. Die motorische Unruhe der Pat. hat gerade in letzter Zeit bedeutend zugenommen, Pat. vermag nicht ruhig zu sitzen oder zu liegen, gestikuliert mit den Händen, reibt Arme und Hände aneinander, kreuzt die Hände auf der Brust u. s. w. Pat. wird heute auf Wunsch entlassen.

III. Stadium.

Hysteria gravis mit beginnender Zungenkontraktur und Chorea hysteria. (Krankenhausaufenthalt vom 15. I. bis 23. III, 1895).

Anamnese: Pat., die am 25. XI. 94 das Krankenhaus verlassen, kehrt heute 15. I. 95 zurück. Nach ihrer Angabe hat sich in der verflossenen Zeit folgendes in ihrem Zustand geändert. Der Leibesumfang habe ein wenig abgenommen. Der Umstand jedoch habe sie veranlasst, wiederum das Krankenhaus aufzusuchen, dass sie seit circa 4 Wochen nicht mehr fliessend sprechen könne. Es dauere eine gewisse Zeit, bis sie das ihr vorgesprochene, oder das ihr auf der Zunge liegende Wort nach- oder aussprechen könne. Ferner klagt Pat. über lästiges Schwitzen bei Tag und noch mehr bei Nacht, ebenso über Ohrensausen. Auch seien wieder lang dauernde Menstrualblutungen eingetreten.

Status praesens: Gang unverändert, ebenso die Reflexe. Es besteht noch totale Anästhesie, mit Ausnahme eines kleinen handtellergrossen Bezirkes in der Ovarialgegend. Neu sind die choreatischea Bewegungen an beiden Oberextremitäten, ebenso an der rechten Unterextremität, den ganzen Tag, in geringerem Grade auch nachts fortbestehend. Die genannten Bewegungen müssen als „Chorea hysterica“ angesprochen werden, da sie anfallsweise in der Heimat der Pat. auftraten und die Be-

wegungen der Finger, sowie der Zehen und des Fussgelenkes viel rythmischer auftreten, als die echten choreatischen Bewegungen.

20. I. Die choreatischen Bewegungen sistieren nicht während des Schlafes. Während der Nacht erfolgte unfreiwilliger Harnabgang, obwohl sonst Pat. nie an incontinentia Urinae litt.

28. I. Die schon bei dem diesmaligen Eintritt beobachtete Zungenstellung mit der Spitze nach links, offenbar durch Kontraktur veranlasst, hat zugenommen. Die Zunge wird auf Verlangen nicht hervorgestreckt. Durch die fehlerhafte Stellung der Zunge, ist die Sprache sehr erschwert, auch besteht Störung beim Kauen und Schlingen. Zuweilen Blutung durch Zungenbiss. Tumor in der linken Ovarialgegend nicht sicher nachweisbar, doch bestehen Uterinblutungen. Achseltemperatur stets etwas erhöht.

4. II. Pat. wird wegen Genitalleidens in die Frauenklinik transferiert.

10. III. Pat. kehrt aus der Frauenklinik zurück.

14. III. L. h. u., in geringerem Grade R. h. u. Abkürzung des Perkussionsschalles, beiderseits etwas abgeschwächtes Atmungsgeräusch, Rhonchi und Rasseln nicht vorhanden. Temperatur fast normal. Das Allgemeinverhalten der Pat. hat sich wesentlich verändert. Die Sprache ist deutlicher, die choreatischen Bewegungen bestehen nicht mehr. In der Sensibilität ist keine Aenderung eingetreten. Der Gang ist unverändert.

23. III. Patient auf Wunsch entlassen.

IV. Stadium.

Hysteria gravis mit ausgeprägter Zungenkontraktur. Krankenhausaufenthalt vom 22. VII.—26.VII.

Anamnese: Pat., welche am 23. III. heurigen Jahres aus dem Krankenhause entlassen wurde, gibt an, dass sich in der Zwischenzeit ihre Gehfähigkeit entschieden gebessert habe, nur mehr der linke Fuss sei noch schwach und nicht genügend gebrauchsfähig. Die schon früher bestandene Schweisssekretion soll jetzt in erhöhtem Masse vorhanden sein. Anfälle, wie solche früher bestanden, hätten sich nicht mehr gezeigt. Schmer-

zen irgend welcher Art bestehen nicht, jedoch manchmal grosse Mattigkeit und Kraftlosigkeit.

Status praesens:

Sprache undeutlich lallend, doch keine Artikulationsstörung. Selbst schwierige Worte vermag Pat. gut nachzusprechen.

Zunge ist wie eingemauert in der Mundhöhle, nach links verzogen, Spitze nach rückwärts gekekrt. Die linke Zungenhälfte fühlt sich derber an, als die rechte; Atrophie der Zunge ist nicht wahrzunehmen. Nur mit Mühe kann die Zunge passiv hervorgestreckt werden, aktiv ist dies unmöglich. Auf keiner der beiden Zungenhälften besteht angeblich Geschmacksperception. Während die Pat. bei früherem Aufenthalte im Krankenhause sauere und bittere Speisen liebte, sind ihr jetzt alle gleichgültig, da sie angeblich doch keinen Geschmack von denselben habe.

Körperhaltung der Pat. ist gerade. Beim Gehen wird das linke Bein nachgeschleift, das frühere so auffällige Tänzeln beim Gehen ist nicht mehr vorhanden.

Gesichtsfeldaufnahme: Für das rechte Auge unmöglich, da Pat. dauernd keine Farben erkennt, sondern nur hell und dunkel unterscheidet und nur auf sehr geringe Entfernungen. Farbige Scheibchen auf schwarz werden als hellere graue Kreise noch unterschieden und zwar:

gelb noch auf 17,8 cm Entfernung,
weiss „ „ 13,8 „ „
rot „ „ 13,0 „ „

im übrigen Status präsens wie früher.

In den Jahren 1896 und 1897 war Pat. wiederum vorübergehend im Krankenhause. 1896 Nackenstarre und Kieferkrampfes halber, welcher auch objektiv als vermehrter Tonus der Nackenmuskulatur ohne Schmerzhaftigkeit konstatiert wurde; 1897 einer Gastritis acuta halber. Zur Zeit befindet sich Pat. ebenfalls wieder im Krankenhause zur Behandlung einer Phtisis, die andeutungsweise schon mehrfach erwähnt wurde. In ihrer nervösen Affektion hat sich seit 1895 nichts geändert, auch die Zungenkontraktur besteht noch in gleicher Intensität.

In ihrem psychischen Verhalten hat sich Pat. etwas gebessert, sie legt nicht mehr das läppische Wesen an den Tag, doch hat sie die Gewohnheit, Knöpfe an den Kleidungsstücken von Personen, die sich ihr nähern, zu betasten.

Wenn ich nun nach Beschreibung dieses Falles, der in vortrefflicher Weise ein Bild, der von der Charcotschen Schule so genau beobachteten Grande hysterie mit ihrem grossen Anfall und intervallaren Erscheinungen gibt, auf die Symptome etwas näher eingehen will, so möchte ich mich zuerst dem grossen Anfall zuwenden, der von Richer bis in die kleinsten Einzelheiten studiert worden ist und dessen einzelne Phasen in der Inconographie photographique de la Salpêtrière von Bourneville und Regnard in ausgezeichneter Weise bildlich dargestellt sind. Das Prodromalstadium, welches dem grossen Anfalle stets vorhergeht, teilt Richer in seinen Variationen folgendermassen ein:

1. les troubles psychiques les hallucinations;
2. les troubles des fonctions organiques;
3. les troubles de la motilité;
4. les troubles de la sensibilité.

Der grosse Anfall selbst zerfällt nach ihm in folgende vier Perioden:

1. La période épileptoide, welche sich durch tonische und klonische Krämpfe, verbunden mit Bewusstseinsverlust, auszeichnet.
2. La période des contorsions et des grands mouvements (Clonisme), welche mit den denkbar unregelmässigen, von Charcot „illogiques“ bezeichneten Wendungen und Verdrehungen, mit Opisthotonus und öfterer Ausbildung des Charcotschen Bogens (arc de cercle) einhergeht.

3. La période des attitudes passionelles, in denen das Individuum seinen Hallucinationen durch ausdrucksvolles Mienenspiel, durch geradezu theatralische Stellungen und Posen nachgibt und
4. La période de délire, in der wohl die Phantasie des betreffenden Individuums noch stark arbeitet, was aus seinen Erzählungen hervorgeht, jedoch die mimische Darstellung derselben verschwunden ist.

Selbstverständlich verläuft nicht jeder grosse Anfall, genau diesem Schema gemäss, in den angegebenen vier Perioden. Oefters kommt nur eine oder zwei Perioden zum Ausdruck, während die anderen verschwommen oder kaum angedeutet sind. Anderseits, ist eine Periode derart ausgeprägt und verstärkt, wie es in der „Attaque démoniaque" oder in der „Attaque de clonisme", der zweiten Periode, der Fall ist, so können wohl alle Perioden vorhanden sein, sie sind jedoch sehr abgekürzt und vor allem ungemein abgeschwächt. Bei der Pat. z. B., die ich kurz vorher beschrieben habe, kam meistenteils nur die erste Periode mit ihren epileptoiden Erscheinungen und die zweite Periode mit dem Opisthotonus und dem Charcotschen Bogen, — letzterer schon seltener — zum druck. Die dritte Periode, die plastischen Attituden, wurden nur einmal und die vierte, das Delirium im strengen Sinne, so weit ich ersehen kann, gar nicht beobachtet. Dagegen, glaube ich, darf man jene Tage, welche sich durch eine grosse Anzahl von Anfällen auszeichneten, während dann wieder Wochen ja sogar Monate ohne solche vergingen, als eine Art des état de mal hystéro - épileptique genannter französischer Forscher ansprechen. Die andere Art, dass sich während einer oder mehreren Stunden eine Unmasse von An-

fällen quasi in einanderschoben, wurde, soweit ich ersehe, nicht beobachtet.

Eines Phänomens möchte ich an dieser Stelle noch gedenken, das in dem Kapitel der Grande hystérie zwar nicht konstant vorkommt, jedoch zu den interessantesten gehört, das sind Varietäten des Anfalles durch Einmischung hypnotischer Phänomene, welche von Charcot, ganz besonders aber von Richer mit grosser Ausführlichkeit beschrieben wurden. Was dieselben anbelangt, so konnten, wie aus den Krankengeschichten hervorgeht, in der Hypnose kataleptische Erscheinungen, Suggestion und Sonambulismus erzielt werden, somit mit Ausnahme des lethargischen Zustandes im eigentlichen Sinne oder Lethargie mit Ueberregbarkeit der Nerven und Muskeln, alle Formen, die Richer anführt. Der lethargische Zustand mit Zwangsstellung der Bulbi nach innen, in dem Pat. am 21. VII. 1892 angetroffen wurde, dürfte wohl, da Pat. am Morgen einen grossen Aerger hatte, durch Autohypnose bedingt sein und ist somit nicht zu verwechseln mit dem spontanen lethargischen Anfall (attaque de someil), den Richer beschrieben hat.

Von den intervallaren Symptomen, die eine grande hysterie begleiten, scheint die Hemianaesthesie, die von Piorry, Macario, Gendrin, Scokalky zuerst beschrieben wurde, am regelmässigsten vorzukommen und konnten wir dieselbe auch an dem beschriebenen Falle trefflich beobachten. Anfangs bestand eine rechtsseitige kutane Hemianaesthesie für alle Qualitäten und rechtsseitige sensorielle Anaesthesie, welche sich in Amblyopie mit Achromatopsie, sowie in Verlust der Gehörs-, Geruchs- und Geschmacksperception geltend machte,

während links der leichteste Grad von Amblyopie, nach Galezowski, in Form von Dyschromatopsie und eine Herabsetzung sämtlicher übriger sensoriellen Funktionen, sowie der kutanen Empfindung bestand. Nach den neuesten Untersuchungen scheint die rechtsseitige Amblyopie in eine vollständige Amaurose übergegangen zu sein. Die rechtsseitige Hemianaesthesie machte später, wie ja ersichtlich war, einer totalen kutanen Anaesthesie Platz, während die rechtsseitige sensorielle verblieb. Dass die Hemianaesthesie die rechte Seite betroffen, entspricht nach den Beobachtungen von Bourneville, der auf 23 linksseitige nur 11 rechtsseitige, sowie nach Briquet, der sie 70 Mal auf der linken und 20 Mal auf der rechten Seite beobachtete, nicht der Norm, es verstösst aber geradezu gegen dieselbe, wenigstens nach der Ansicht von Charcot, dass sich Hemianaesthesie, Parese, Contractur der Gliedmassen und Ovarialgie stets auf derselben Seite befinden, die linsseitige Ovarie, bei rechtsseitiger Hemianaesthesie, welche im beschriebenen Falle beobachtet wurde. Einen analogen Fall, den Bourneville beobachtet hat, berichtet Richer. Er schreibt: M. Bourneville cite un exemple; chez Besch . . . . l'anesthésie existe à droite et l'hyperesthésie ovarienne avec tous ses caractères les plus tranchés, siège à gauche.

Auch das Experiment, welches öfters vorgenommen wurde, durch Einstecken von Wattepfröpfe Pat. in einen schlafartigen Zustand zu versetzen, verdankt sein Gelingen sicherlich nur den eben angegebenen anaesthetischen Zuständen. Nach dem Verschliessen des einen noch sehenden Auges und des einen noch hörenden Ohres, ist Pat. geradezu von der Aussenwelt abgeschlossen.

Keinem Reize, der von derselben herrührt, ist es ermöglicht, bis zu ihrem Gehirn vorzudringen und es muss das Gefühl der Existenz, des Seins, welches an die Perception der Reize, die von aussen kommen, geknüpft ist, infolgedessen abhanden kommen, d. h. das Bewusstsein verloren gehen und ein schlafartiger Zustand die Folge sein.

Zwei ähnliche Fälle, welche v. Ziemssen beschrieben hat, sind mir bekannt, in welchen die betreffenden Individuen aussagten, sie hätten anfangs das Gefühl des in der Luft Schwebens gehabt.

Auf die Ovarialgie, der Schmerzhaftigkeit des Eierstocks nach Négrier, Schützenberger und Piorry, eben welches Symptom Briquet auch Cölialgie benennt, indem er darin einen Muskelschmerz, eine hysterische Myodynie sieht, näher einzugehen, glaube ich, unterlassen zu können, da ich dieselbe bereits angeführt habe. Erwähnen möchte ich nur, dass bei dem beschriebenen Falle öfters an der schmerzhaften Stelle eine vermehrte Resistenz gefühlt wurde, ob dieselbe das vergrösserte Ovarium gewesen oder eine andere Geschwulst, ist noch unaufgeklärt, jedenfalls ist eine Hervorrufung oder eine Coupierung eines Anfalles, wie dies Charcot angibt, durch Druck auf diese schmerzhafte Stelle nie erzielt worden. Die Gasauftreibung des Leibes, welche des öfteren beobachtet wurde, dürfte vielleicht identisch sein mit der „spurious peritonitis“ der englischen Aerzte, doch möchte ich es nicht mit Bestimmtheit behaupten.

Wir kämen jetzt zu den metalloskopischen Erscheinungen, die zuerst von Burq beschrieben, dann von deutschen und französischen Forschern bestätigt

wurden, das heisst, zur Rückkehr der Empfindung in anästhetischen Bezirken, nach Anwendung von aesthésiogenen Mitteln, zu denen man anfangs nur die Metalle, jetzt nach den Forschungen von Charcot, Regnard und Vigouroux auch die dynamische Elektricität, den Magneten, die statische Elektricität und die Stimmgabel rechnet. Von anderen minder wichtigen und wirkenden aesthesiogenen Mitteln, wie Wasser-Pilocarpininiectionen, lokale Temperaturveränderungen, Hautreiz etc. kann man absehen. Was Burq und allen anderen Forschern entgangen, das war der Transfert der Empfindlichkeit, der zuerst durch den Ohrenarzt Gellé gefunden wurde. In dem von mir beschriebenen Falle äussern sich die metalloskopischen Erscheinungen in der Art, dass die rechtsseitige kutane Anaesthesie, die anfangs bestand, durch Transfertwirkung innerhalb weniger Sekunden auf die linke Seite verlegt werden konnte. Als wirksame Metalle erwiesen sich nur Silber und Gold. Auch die sensorielle Anaesthesie des Gehörs konnte durch Transfert auf die andere Seite verlegt werden. Einen Transfert durch Einatmung von Amylnitrit hervorzurufen, gelang nicht. Auch dass Pat. mit einer stählernen Stricknadel besser arbeiten kann und sie dabei mehr Kraft in der rechten Hand verspürt, als wenn sie mit einer beinernen arbeitet, muss man für ein metalloskopisches Phänomen ansprechen.

In welcher Weise diese aesthesiogenen Mittel, wie Silber, Gold etc. wirken, darüber ist man noch nicht ganz im klaren. Regnard meint, dass ein galvanischer Strom die Wirkung verursache; Vigouroux erklärt es sich durch die Voltasche Kontakttheorie.

Was die Contractur der Beine beschriebener Pat.

anbelangt, so ist auch das ein bekanntes Symptom der schweren Hysterie und findet sich abwechslungsweise mit Contrakturen der Gesichts-, Kau- und Halsmuskeln. Zum ersten Male trat, wie aus den Krankengeschichten hervorgeht, diese Contraktur in einem Anfalle auf und zwar zeigten sich die Beine in Flexions-, nicht, wie gewöhnlich, nach den Beobachtungen von Charcot, Bourneville und Voulet, in Extensionsstellung contrakturiert. Diese Contrakturen, welche dann die Anfälle lange überdauerten, traten später auch spontan, in anfallsfreien Perioden auf. Die Beobachtung Charcots, dass sich derartige Contrakturen öfters an ein Trauma anschliessen, kann man, glaube ich, auch wieder in gegebenem Falle, bestätigen. Anamnestisch hat sich gezeigt, dass Pat. von einer Kuh einen Tritt auf das rechte Knie erhielt, welcher eine Entzündung verursachte, die längere Zeit chirurgische Behandlung erheischte.

Ganz der Natur der hysterischen Contrakturen entsprechend, welche plötzlich auftreten, unter Umständen sehr lange Zeit verharren, dann aber unter moralischen Einflüssen hauptsächlich wieder verschwinden, entsprach auch das Verhalten bei meinem speziellen Fall, auch hier verschwand die Contraktur, wie ersichtlich, nach langem Bestehen, um aber einer anderen Form der Contrakturen, der Zungencontraktur, Platz zu machen. Soweit ich aus der Litteratur ersehen kann, ist eine derartige Contrakturform noch nicht beschrieben worden. Charcot[1]) erwähnt wohl eine Krampfform im unteren Facialisgebiet und der Zunge bei Hysterischen, welche die Zungenspitze nach einer Seite hin ablenkt. Auch

[1]) Spasme glosso-labié unilatérale des hystériques, Semaine méd. 1887.

Jolly beschreibt Krampferscheinungen im Pharynx mit gelegentlicher Kombination derselben in der Zunge, ebenso hat man mit der hysterischen Aphonie eine Schwerbeweglichkeit der Zunge konstatiert, aber eine ausgesprochene Zungencontraktur, in der Weise, dass die Zunge mit der Spitze nach links und hinten, gleich einer toten Masse in der Mundhöhle liegt, aktiv auf keine Weise, passiv nur mit der grössten Mühe hervorgezogen werden kann, scheint bis jetzt noch nicht beobachtet worden zu sein. Dass man es hierbei nur mit einer hysterischen Contraktur zu thun hat, beweist die Thatsache, dass, trotz bereits drei Jahre langem Bestehens, die Zunge keine Atrophie aufweist, andererseits, ihre elektromuskuläre Contractilität fast vollständig normal, dagegen die elektromuskuläre und elektrokutane Sensibilität vollständig aufgehoben ist. Natürlich ist eine solche Zunge für die Pat., zumal sie mit ihr kaum etwas schmecken, fühlen, noch deutlich sprechen kann, eine kollossale Last und hat bis jetzt jeglicher Therapie widerstanden. Erwähnen möchte ich noch, dass auch vorübergehend Contrakturen der Kaumuskeln und Tonus der Nackenmuskeln beobachtet wurden.

Von vegetativen Störungen konnten wir abnorme Frequenz der Atemzüge, sowie erhöhte Pulsfrequenz des öfteren bei meinem speziellen Falle beobachten. Sehr augenfällig war es, wie diese Phänomene meistenteils nur auftraten, wenn Pat. sich beobachtet glaubte, jedoch wieder vollständig verschwanden, wenn sie sich unbeaufsichtigt wähnte.

Störungen von seiten des Digestionsapparates bestanden, wie ersichtlich, in öfterem sehr hartnäckigem Erbrechen. Nach Bristowe soll das Erbrechen der

Hysterischen zum Teil auf Oesophaguskrampf beruhen. Jolly hält es in manchen Fällen für eine vikariierende Funktion des Magens bei sehr verminderter oder ganz fehlender Nierensekretion. In dieser Ansicht wird er bestärkt durch Charcot, Gréhant sowie Fernet, denen es gelungen ist, in derartigen Fällen Harnstoff im Erbrochenen nachzuweisen. Nur auf diese Weise, glaubt Charcot, ist eine längerdauernde Ischurie, in der er nicht eine verminderte Urinausscheidung, infolge von krampfhaften Verschluss der Ureteren, sondern infolge eines Krampfes des Nierengefässsystems selbst sieht, zu ertragen und bringt es in Zusammenhang mit ähnlichen Funktionen, die man an der Darmschleimhaut, sowie an der äusseren Haut bei Nierenschrumpfung, akuter Nephritis u. a. beobachtet hat. In dem von mir beschriebenen Falle ist eine derartige Ursache des Erbrechens wohl kaum anzunehmen, da eine nennenswerte Ischurie nicht beobachtet wurde.

Die bei Hysterischen so oft auftretenden Unregelmässigkeiten in der Menstruation, sowie öfteres vollständiges Versiegen derselben, traten auch in angeführtem Falle zu Tage.

Von vasomotorischen Störungen wären die profusen Schweissbildungen zu erwähnen, über die Pat. in letzter Zeit stets klagte. Nur glaube ich, muss man diese mit Vorsicht beurteilen, da Pat. an einer Phthisis pulmonum leidet und diese Schweisse sehr oft des Nachts auftraten, somit durch die Phthise bedingt sein können.

Zum Schlusse dieses Kapitels möchte ich noch mit ein paar Worten auf die choreatischen Bewegungen hinweisen, die man öfters bei Hysterischen beschrieben und die auch an meinem speziellen Falle sehr ausge-

sprochen waren. Es sind dies gewisse Bewegungen, die stets wiederkehren, ohne dass sich eine bestimmte Absicht des Individuums daraus erkennen liesse. Gerade durch ihre Koordiniertheit lassen sie sich sehr wohl von der echten Chorea unterscheiden.

Prognose.

Wenn man von Fällen von akuter tödlicher Hysterie, die Rullier, L. Meyer und Wunderlieb beschrieben haben und die in ihrer Art bis jetzt noch vereinzelt dastehen, absieht, so bietet die Hysterie quoad vitam eine günstige Prognose, quoad sanitatem completam jedoch eine sehr ungünstige. Einer Heilung sind überhaupt nur solche Fälle von Hysterie fähig, deren Entstehen entweder auf ein konstitutionelles Leiden, wie Anaemie und Chlorose, Schwäche nach überstandenen schweren Krankheiten oder auf ein organisches, wie Erkrankungen der Geschlechtsorgane, zurückgeht. Eine Beseitigung dieser Schädlichkeiten lässt unter Umständen auch eine Hysterie wieder völlig verschwinden. Unter Umständen, sage ich deswegen, weil man öfters beobachtet hat, dass zu lang bestandene Schädlichkeiten, trotz ihrer Beseitigung, wohl einige Hauptbeschwerden, die Hysterie selbst jedoch nicht zum Verschwinden brachten, was man sich mit dem, wegen des allzulangen Bestandes, eines Rückgangs nicht mehr fähigen, veränderten Zustand des Nervensystems erklären muss.

„Die ungünstigste Prognose, im Bezug auf Heilung, bieten die erblichen oder durch Aufwachsen unter schlechten Verhältnissen konstitutionell gewordenen Formen der Hysterie“. (Rosenthal.) Sie sind es auch hauptsächlich, die ihre Symptome schon in den Kinderjahren

andeuten, in der Zeit der Pubertät die stürmigste Entwicklung eingehen und in der Involutionszeit, in der die leichteren Formen öfters einen Anlauf zum Rückgang nehmen, eine Geistesstörung befürchten lassen. In die Kategorie dieser Fälle müssen wir auch, glaube ich, den von mir beschriebenen Fall einreihen, denn auch bei ihm begannen, wie sich aus der Anamnese ergibt, die ersten Anzeichen bereits in den Kinderjahren; den Kulminationspunkt bildete die Zeit der Pubertät und obwohl jetzt, nachdem dieselbe bereits ziemlich lange vorüber, die stürmigsten Erscheinungen, die Anfälle besonders, nachgelassen haben, so ist das sich uns bietende Bild immerhin ein noch derart schweres, dass man kaum für die Zeit der Involution einen nennenswerten weiteren Rückgang erhoffen darf, falls überhaupt Pat. nicht vor dieser Zeit, ihrer Phthise, die gerade in letzten Monaten sehr bedenklich sich verschlimmert hat, unterliegt.

Aehnlich, wenn auch nicht ganz so ungünstig, sind diejenigen Formen von Hysterie, die ihre Entstehung psychischen Läsionen verdanken. Auch sie sind im grossen und ganzen unheilbar, wenn auch öfters Remissionen auftreten, die zeitweise im Stande sind, eine Heilung vorzutäuschen.

Abgesehen von dem Gesamtverlauf der Hysterie, sind nach Jolly ihre Symptome in der sensiblen und motorischen Sphäre, sowie die Cirkulationsstörungen, ohne Rücksicht darauf, ob sie kurz oder lang bestanden, der Rückbildung fähig, ob nur auf kurze Zeit oder für immer, das lässt sich nicht bestimmen. Gerade so wenig lässt sich im Voraus sagen, ob ein neues, oder welches neue Symptom an das vorausgegangene Verschwundene

sich anreihen wird. Dazu liefert der Eintritt der Zungencontraktur, nach dem Verschwinden der Flexionscontraktur der Beine, bei meinem speziellen Fall den besten Beweis.

Am aussichtslosesten von allen Symptomen, betreff Rückbildung, erweisen sich die psychischen Störungen. Auch sie können Remissionen eingehen, doch sind dieselben meistens von nur sehr kurzer Dauer und machen fast stets einer hochgradigen Verschlimmerung Platz.

Therapie.

Therapeutisch verlangt sicherlich keine Krankheit so verschiedene Massregeln, als gerade die Hysterie. Denn es ist selbstverständlich, dass dieses Leiden, welches so ungemein von der Individualität abhängt, auch individuell behandelt werden muss. Abgesehen von den Verordnungen, ist schon die Person des Arztes und des Wartepersonals, sowie die Art und Weise ihres Auftretens, ungemein bestimmend für den Erfolg einer Behandlung. Oft genügt ein energischer Befehl eines Arztes, um jahrelang contrakturierte hysterische Kranke, die allen Behandlungen trotzten, gehen zu machen, oder eine hysterische Aphonie zu beseitigen. Gerade in der Individualität der einzelnen Fälle, liegt es, dass ein Arzt, der eben so viel erreicht hat, in einem anderen Falle gar nichts erreicht. Bei anderen Kranken hinwiederum gelingt es, sie geradezu zur Heilung zu überreden, indem man ihre Klagen, als der Realität entsprechend, entgegennimmt, sie aufklärt, dass ihre Heilung einzig und allein von ihrem Willen abhängt und so, durch Befestigung des Glaubens an denselben, den ersten Faktor zur Heilung erreicht. Wie aus den Kranken-

geschichten hervorgeht, ist es auch in meinem speziellen Falle gelungen, auf diese Weise die Flexionscontraktur der Beine zum Verschwinden zu bringen.

Diese psychische Diätetik, welche heutzutage nach Ansicht der meisten Autoren in der Behandlung der Hysterie die erste Stelle einnimmt, macht die Verabreichung von Arzneimittel, wie dies Notnagel mit Nachdruck hervorgehoben hat, vollständig überflüssig und haben die sogenannten Antihysterika, wie Castoreum, Asa foetida, Valeriana, Herba Rutae etc. weniger einen spezifischen Heilwert, als dass sie öfters zur Unterstützung der psychischen Diaetetik herangezogen werden, ganz ebenso genügen die narkotischen Mittel, welche man in Anwendung gebracht hat, nach der Ansicht Jollys, einzig und allein nur der Indicatio symptomatica.

Was das Curare und Bromkalium anbelangt, die man versucht hat, so hat Rosenthal beim ersteren keinen, beim letzteren geringen Erfolg wahrgenommen. Grösserer Erfolg ist mit der, von Charcot und Liebermeister so sehr empfohlenen, äusseren Anwendung des kalten Wassers erzielt worden, sowohl allein, als auch kombiniert mit Elektrisation, wobei besonders der Induktionsstrom in Verwendung kommt. Sowohl die partielle, als auch die von Beard und Rockwell empfohlene totale Faradisation haben sich dabei öfters als ausserordentlich wirksam erwiesen.

Ob die Metallotherapie, sei es die innere oder die äussere oder das, im Anschlusse an diese, von Vigouroux empfohlene elektrostatische Bad, berufen ist, einen Rang in der Behandlung der Hysterie einzunehmen, das müssen noch weitere Versuche ergeben, jedenfalls lässt sich bis jetzt darüber noch kein Urteil abgeben.

Grossen Erfolg jedoch hat Burkart mit der, von Weir Mitchell zuerst angegebenen, dann von Playfair weiter ausgearbeiteten und empfohlenen Methode erzielt, welche sich ungemein für solche Kranke, die durch stetes Erbrechen und durch psychische Depression sehr heruntergekommen sind, eignet.

Dass diese Kur natürlich an die Geduld des Pat. sowohl, als auch an die des Arztes grosse Anforderungen stellt, ist selbstverständlich, wenn man bedenkt, eine Pat., die stetig erbricht, durch anfängliche Milchdiät soweit zu bringen, dass sie schliesslich abnorm grosse Quantitäten von Nahrung verträgt. Dass eine derartige Kur nur in einer Heilanstalt und nicht im Hause, sowie nur unter steter ärztlicher Aufsicht vorgenommen werden kann, ist ebenso selbstverständlich. Die Erfolge, die Burkart mit dieser Kur hatte, erscheinen so einleuchtend, dass sich ein Versuch mit ihr an beschriebener Pat., die zur Zeit durch ihre Hysterie, als auch ihre Phthise sehr heruntergekommen ist, falls sie nicht schon probiert worden ist, lohnen würde. Jedenfalls darf man annehmen, dass, abgesehen von der Hysterie, auch die Phthise durch eine methodische Ueberernährung nur zum Günstigen beeinflusst wird.

Von operativen Behandlungsweisen hatte man eine zeitlang die Castration vorgeschlagen und ausgeführt. Hegar jedoch, welcher diese Operation in Deutschland ganz besonders kultiviert hat, sieht in der Hysterie keine Indication zu derselben, es sei denn, dass eine Erkrankung der Ovarien disponirend für die Hysterie gewesen wäre und eine Entfernung derselben einen günstigen Einfluss verspräche.

Sehr günstige Erfolge will Friedreich mit Kau-

therisation der Clitoris vermittelst Höllenstein erzielt haben.

Nach dieser kurzen Zusammenstellung der Behandlungsmethoden der Hysterie, wollen wir noch einige Worte der Prophylaxe widmen. Vor allen Dingen bietet eine richtige Erziehung, verbunden mit einer entsprechenden körperlichen Pflege im Kindesalter, den besten prophylaktischen Schutz. Der kindliche Körper soll abgehärtet werden, was durch mässige Bewegung in frischer Luft bei jeder Witterung, durch nicht zu schwere Kleinung, durch kalte Bäder im Sommer, durch Schwimm- und Turnübungen erreicht wird. Als vorzügliches Abhärtungsmittel haben sich methodische Waschungen mit kaltem Wasser erwiesen. Auch die Diät im Kindesalter muss eine richtige sein und stets überwacht werden. Eine ganz falsche Methode, Kinder gehorsam zu machen, ist durch Androhung von Strafen oder durch Erweckung von Schreckhaftigkeit, indem man sie im dunklen Zimmer einsperrt, oder ihnen das Erscheinen von Gespenstern, Geistern oder wilden Tieren androht. Zur Zeit der Pubertät ist eine Aufklärung des vorherrschenden Zustandes, sowie die Entfernung alles dessen, was die Phantasie, sowie die geschlechtlichen Regungen reizen könnte, sehr am Platze. „Bei der Verheiratung soll nicht die Konvenienz, sondern die Neigung den Ausschlag geben, indem erfahrungsgemäss eine glückliche Ehe frühere Zeichen von Hysterie oft auslöscht, ehelicher Unfriede dagegen nicht selten einen fruchtbaren Keimboden für Hysterie abgibt.“ (Rosenthal.)

Eine derartige richtige körperliche Pflege, verbunden mit einer rationellen psychischen Diätetik, bildet unbedingt den besten prophylaktischen Schutz. Wenn alle

Eltern, die selbst an nervösen Krankheiten leiden oder deren Eltern an solchen gelitten haben, auf die Gefahr aufmerksam gemacht und in der Erziehung ihrer Kinder die richtige Anleitung erfahren würden, so dürfte man sicherlich auf eine bedeutende Abnahme der Hysterie rechnen.

Zum Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor kgl. Geheimer Rat, Obermedizinalrat, Direktor Dr. von Ziemssen, für die gütige Ueberweisung dieses Themas, für die Ueberlassung der Krankengeschichten und die Durchsicht dieser Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Auch Herrn Prof. Dr. H. Rieder, der mich bei der Abfassung dieser Arbeit freundlichst unterstützte, sage ich an dieser Stelle meinen besten Dank.

Litteratur.

1. Richer: Études cliniques sur l'Hystéro. — Epilepsie ou grande Hystérie. Paris 1881.
2. Briquet: Traité clinique et thérapeutique de l'Hystérie. Paris 1839.
3. Bourneville, Regnard: Iconographie photographique de la Salpêtrière. Paris 1876—1880.
4. Bourneville, Voulet: de la contracture hystérique permanente. Paris 1872.
5. Charcot: Leçons sur les maladies du système nerveux, recueillies et publicées par Bourneville. Paris 1892.
6. Charcot: Klinische Vorträge über Krankheiten des Nervensystems, deutsch von Dr. Berthold Fetzer. Stuttgart 1874.
7. Charcot: Neue Vorlesungen über Krankheiten des Nervensystems, insbesondere über Hysterie, deutsch von Dr. S. Freud. Leipzig und Wien 1886.
8. Gilles de la Tourette: Die Hysterie nach den Lehren der Salpêtrière, deutsch von Dr. K. Grube. Leipzig und Wien 1894.
9. Janet: Der Geisteszustand der Hysterischen, deutsch von Dr. M. Kahane. Leipzig und Wien 1894.
10. v. Ziemssen: Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie, Band III. (Jolly-Hysterie).
11. Rosenthal: Klinik der Nervenkrankheiten 1875.
12. Romberg: Pathologie und Therapie der Sensibilitäts- und Motilitätsneurosen. Berlin 1857.
13. Arndt: „Hysterie" in A. Eulenburgs Realencyclopädie.
14. Möbius: Schmidts Jahrbücher, Bd. 199 Nr. VIII.
15. Oppenheimer: Berlin. Klinische Wochenschrift 1890 Nr. 25.

16. Burkart: Volkmann klinische Vorträge 245.
17. Janet: Münchener klinische Wochenschrift 1898 Nr. 31.
18. A. Valenta: Ueber den sogenannten Coitus reservatus, als einer Hauptursache der chron. Metritis und der weiblichen Nervosität. Memorab. XXV. 11. p. 481. 1886.
19. Notnagel: Zur Behandlung der Hysterie. Aerztliches Vereinsblatt Juni 1881.
20. Friedreich: Zur Behandlung der Hysterie. C. 2. p. 220. 1882. Virchows Archiv.